

**FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE LISBOA**



MULTIMORBILIDADE: UM CASO CLÍNICO

Ana Teresa Freire de Melo

Orientação: Prof.^a Doutora Cristina Maria Pires Ribeiro Gomes

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina

Ano letivo 2015/2016

AGRADECIMENTOS

Dirijo as minhas primeiras palavras à Dr.^a Cristina Ribeiro, orientadora deste trabalho final de mestrado. Agradeço a sua disponibilidade incondicional e dedicação ao projeto.

Um especial agradecimento à Dr.^a Paula Broeiro, que desde o início me acompanhou, revelando uma incansável entrega e dedicação a todo o processo. O seu contributo foi inestimável.

Não posso também deixar de agradecer à minha família e aos meus amigos pelo seu constante apoio ao longo de todo o curso.

ÍNDICE GERAL

ABREVIATURAS	4
RESUMO	5
ABSTRACT	5
INTRODUÇÃO	6
CASO CLÍNICO	8
VISITA DOMICILIÁRIA.....	12
ABORDAGEM TERAPÊUTICA.....	15
NOVO ENCONTRO COM A DOENTE.....	20
DISCUSSÃO.....	22
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	25
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:	27
ANEXOS.....	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1 Genograma de F.S.....	9
Fig. 2 Primeiro encontro com a doente.....	12
Fig. 3 Mapa de Problemas ativos de F.S.....	13
Fig. 4 Problemas ativos.....	14
Fig. 5 Tratamento farmacológico e não farmacológico.....	19
Fig. 6 Encontro com a doente no Centro de Saúde.....	21

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 Linha de vida de Medalie.....	9
Tabela 2 História de acordo com a lista de problemas.....	10

ABREVIATURAS

HTA - Hipertensão Arterial

TA - Tensão Arterial

PAS - Pressão Arterial Sistólica

DMII - Diabetes Mellitus tipo II

RGE - Refluxo Gastro-Esofágico

ICC - Insuficiência Cardíaca Congestiva

IMC - Índice de Massa Corporal

FC - Frequência Cardíaca

IECA - Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina

ARA - Antagonista do recetor de Angiotensina II

LDL - Lipoproteína de baixa densidade

TG - Triglicerídeos

AVC - Acidente Vascular Cerebral

EAM - Enfarte Agudo do Miocárdio

RESUMO

Lidar com doentes que apresentam várias patologias em simultâneo é muito comum na consulta de Medicina Geral e Familiar. O grande desafio dos Médicos de Família é saber gerir as várias doenças, os respetivos tratamentos, tendo sempre em consideração os aspetos familiares e sociais de cada doente, enquanto indivíduo.

Descreve-se o caso de uma mulher de 87 anos, F.S., que vive sozinha, com várias patologias. É apresentado o seu genograma e a linha de vida de Medalie, com relevantes acontecimentos da sua vida. A lista e mapa de problemas revelam a sua multipatologia.

A descrição deste caso clínico baseia-se em dois encontros com a doente e ainda no acesso ao seu processo, no Centro de Saúde onde a doente é seguida. É feita uma reflexão da terapêutica, bem como a revisão dessa mesma terapêutica. Todo o raciocínio clínico é baseado em instrumentos de decisão.

Pretende-se demonstrar a importância do Método Clínico Centrado no Paciente e do Médico de Família, enquanto coordenador de cuidados.

ABSTRACT

It is very common to deal with patients that present multiple pathologies simultaneously in the general practice consultation. Family doctors' biggest challenge is to manage several diseases and their treatment, on each occasion having taken into consideration the social and family aspects of each patient as an individual.

This report describes the case of an 87 year old woman, F.S., living alone, who suffers from more than one condition. A genogram is presented, alongside with the Lifeline of Medalie, with her most relevant life events. The list and problem map reveal multipathology.

The clinical case description is based on two meetings with the patient and the access to her file, which can be found in the patient's Health Center. In this report, a consideration about the medical therapy and a review of that therapy are provided. All the clinical reasoning is based on decision-making instruments.

The aim of the report is to demonstrate the importance of the Clinical Method Focused on the Patient, as well as the Family Doctor's as the care coordinator.

INTRODUÇÃO

A evolução dos cuidados de saúde no Mundo traduz-se num aumento considerável da prevalência das doenças crónicas, sendo esta alteração resultante, em grande parte, do aumento da esperança de vida. À medida que se verifica o envelhecimento da população, vai-se tornando cada vez mais provável a adição de novas doenças. Por outro lado, a evolução da terapêutica permite que cada vez mais patologias se tornem crónicas, podendo o doente conviver com essa ou essas patologias durante vários anos.(1)

Multimorbilidade não está claramente definida. (1) É, porém, geralmente considerada a ocorrência de múltiplas doenças crónicas ou condições de longa duração (pelo menos duas), incluindo doenças físicas e mentais, sendo que nenhuma é considerada central. Distingue-se da comorbilidade, em que existe uma doença “principal”, um problema índice. (8) Um mesmo caso pode ser considerado como um caso de multimorbilidade, para o Médico de Família, e de comorbilidade, para o Médico Especialista num órgão ou sistema.

A multimorbilidade afeta até ¼ da população dos cuidados primários. (2)

Foi demonstrado que está associada a um aumento dos acessos aos Centros de Saúde, aumento da necessidade de recursos a urgências hospitalares e, simultaneamente, a uma diminuição da qualidade de vida. (12) Está também associada à diminuição da função, que será tanto maior quanto mais doenças crónicas simultâneas existirem. As doenças crónicas tendem, assim, a ocupar uma parte substancial da atividade diária dos Médicos de Família em todo o mundo, os quais têm de saber gerir múltiplos problemas de diferente natureza, assim como lidar com a repercussão que esses problemas têm nos indivíduos, nas famílias e no ambiente social. (1)

A prevalência de multimorbilidade é variável de país para país, pensando-se que possa ir de 17% até 98%, em alguns casos. Nos diferentes países também se verificam diferentes prevalências de multimorbilidade para cada idade. Apesar de, genericamente, existir uma maior prevalência de multimorbilidade a partir dos 65 anos, verifica-se que

ela está também associada às condições socioeconómicas. Deste modo, a multimorbilidade em idades mais jovens é mais comum nas classes sociais mais baixas.

(2) (12)

Em todos os grupos etários, existe uma forte associação entre o número de doenças presentes e o aparecimento de novas morbilidades, ou seja, a presença de uma patologia facilita o aparecimento de outra. Além disso, sabe-se que determinadas associações de doenças têm um impacto superior sobre a possibilidade de desenvolver outras doenças. Também diferentes associações de doenças originam expectativas de sobrevida diferentes e representam um risco mais elevado de incapacidade física. (2)

A coexistência de várias doenças pode condicionar, não apenas uma potencial eficácia terapêutica, como também a evolução de cada uma dessas doenças, podendo mesmo pôr em causa, nomeadamente, a sobrevida a longo prazo. Vários estudos demonstram que estes doentes se encontram polimedicados e que a sua adesão à terapêutica, consoante as diferentes condições de saúde, é, com grande variabilidade, de cerca de 50% e, quanto mais fármacos tomam, menor a probabilidade de uma adesão completa. (1)

Apesar de o ensino na faculdade, ou mesmo nos livros de texto, ser focado isoladamente numa única patologia, o médico vê doentes com vários problemas, em simultâneo. (1) Além disso, há grandes variações na forma como as doenças crónicas evoluem ou estão combinadas. Uma mesma associação de doenças pode ter implicações diferentes, com impactos diferentes na vida do doente, resultantes de variações psicossociais. O médico vê pessoas com situações complexas, com diversos problemas coexistentes e que precisam de uma abordagem adequada à sua situação. (11)

Estes doentes não são a exceção na consulta do Médico de Família. O que é frequente, nos cuidados de saúde primários, é o doente com vários problemas de saúde.

Como estratégia de desenvolvimento desta temática, optou-se pela metodologia de relato de caso, tendo como objetivos:

- Demonstrar que nos idosos é comum a ocorrência em simultâneo de várias patologias (através deste exemplo);
- Considerar a abordagem holística da pessoa, em que o doente não é um conjunto de doenças, mas sim um todo, com situações médicas/sociais que se relacionam;
- Evidenciar o desafio que constitui a decisão terapêutica adequada a cada caso;

- Determinar a necessidade de uma comunicação efetiva com o doente e com outros profissionais de saúde, incluindo médicos de outras especialidades;
- Concretizar o método clínico centrado no paciente.

Recorrendo a um exemplo de caso clínico, pretende-se definir estratégias de abordagem à multimorbilidade.

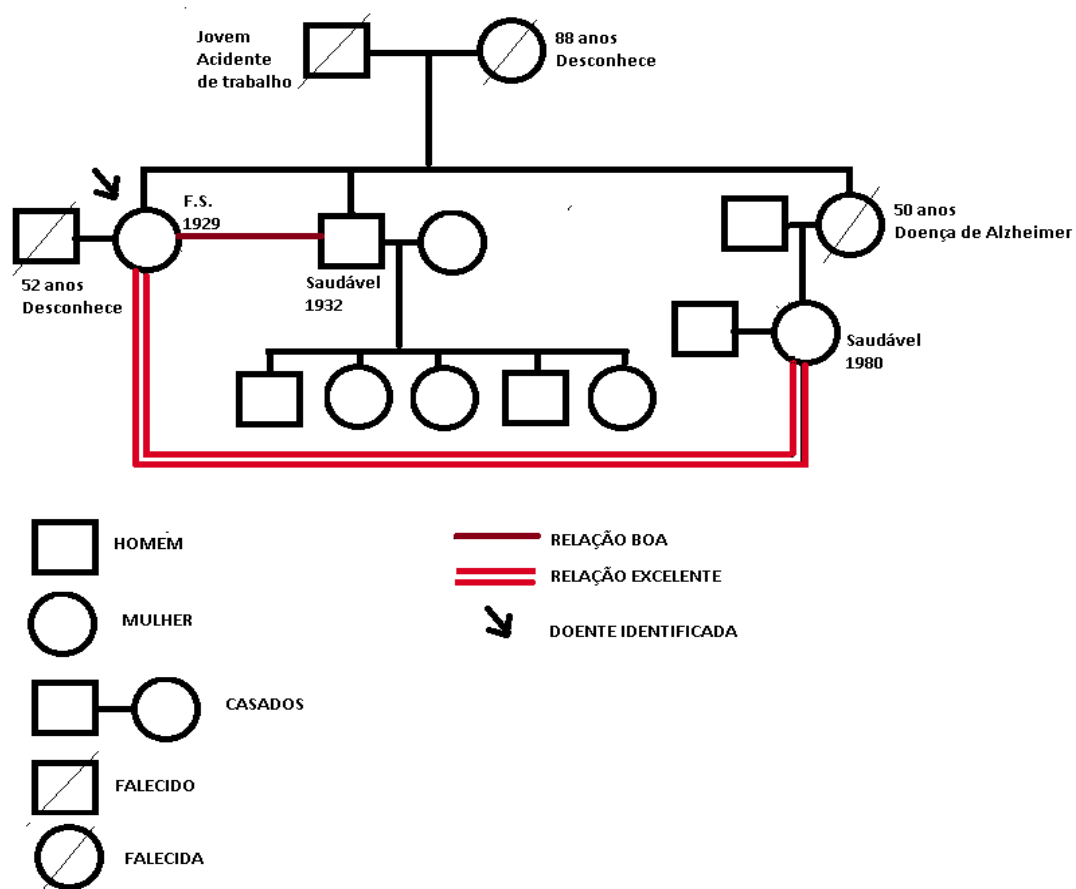
CASO CLÍNICO¹

FS, sexo feminino, 87 anos, raça caucasiana. É natural de Lagos, mas viveu em Ourique até cerca dos 25 anos, altura em que se mudou para Lisboa. Tem o 3ºano de escolaridade, é reformada de dona de casa e é independente nas suas atividades de vida diária. Constitui uma família unitária, mas refere que a porteira do prédio onde vive lhe dá apoio, se necessário. Classificação Graffar III. (3)

O genograma presente na Fig. 1 revela que FS não tem antecedentes familiares relevantes. Encontra-se viúva há 35 anos, nunca teve filhos (teve duas gravidezes ectópicas), mas tem uma sobrinha, com quem tem uma relação próxima. Sem relação com restantes sobrinhos, emigrantes. Apesar de geograficamente afastado, por emigração, refere boa relação com irmão, mantendo com ele contacto telefónico diário.

¹ História Clínica colhida e apresentada com consentimento livre e esclarecido da doente, cujo formulário pré-preenchimento se encontra em anexo.

Fig 1. Genograma de F.S.



Esta doente retrata bem o desafio que constitui a multimorbilidade para os Médicos de Família. De seguida, apresenta-se a linha de vida de Medalie, tendo em conta as várias patologias, tendo-se procurado aferir se estariam relacionadas com acontecimentos de vida pessoal importantes. (Tabela 1)

Tabela 1. Linha de vida de Medalie.

Etapa	Data	Síndrome
Mudança para Lisboa	1951	Tuberculose Pulmonar
Casamento	1953	Tuberculose Pulmonar
	1975	1º episódio de Cólica renal
Falecimento do marido	1980	
	1985	Hipertensão Arterial
Falecimento da mãe	1990	
	1995	Asma
Falecimento da irmã	2005	Dislipidemia
	2009	Bradirritmia /colocação de Pacemaker
	2010	Crise hipertensiva
Doença psiquiátrica	2013	Ansiedade e Insónia

diagnosticada a marido da sobrinha		
------------------------------------	--	--

De acordo com a lista, os problemas são sintetizados na tabela 2.

Tabela 2. História de acordo com a lista de problemas

Lista de Problemas	Ano de diagnóstico e de resolução	História
Tuberculose	1951 - 1954	Descreve dois internamentos prolongados, 3 e 4 meses, por Tuberculose pulmonar. O primeiro internamento ocorreu aos 22 anos, altura em que se mudou para Lisboa. O segundo internamento ocorreu aos 25 anos, no início do seu casamento.
Litíase renal	1975 -	Refere várias idas ao serviço de urgência, por cólica renal, a primeira das quais terá ocorrido por volta dos 45 anos. Realizou várias ecografias renais, mas nega ter feito qualquer tipo de tratamento. A última ecografia renal, datada de 15/11/2013, revelou quisto cortical com cerca de 23 mm.
HTA	1985 -	‘Há cerca de 30 anos’ (sic) foi-lhe diagnosticada HTA. Refere alguns internamentos por crises hipertensivas, os quais são de curta duração. O primeiro episódio terá ocorrido há cerca de 5 anos e a doente não associa a evento pessoal relevante. Habitualmente medicada com Perindopril 4, Clortalidona 50, Nebivolol 5. Existe, no entanto, dificuldade de controlo da tensão arterial, tendo a doente indicação para tomar Perindopril 4, caso a “tensão suba” (sic).
Asma	1995 -	Por vezes, com crises de dispneia, as quais associa a asma, apesar de se terem iniciado numa idade

		mais avançada (cerca de 60 anos). Medicada com Salbutamol, em SOS.
Dislipidemia	2005 -	Diagnosticada dislipidemia há cerca de 10 anos, altura do falecimento da sua irmã. Após “discussão” com Médica de Família, a decisão foi não medicar para esta patologia.
Bradirritmia	2009	Há 5/6 anos foi intervencionada na Cardiologia, tendo sido submetida a colocação de um pacemaker. A doente manifestou à sua Médica de Família desconforto torácico, com palpitações e perdas de consciência. Verificou-se o encaminhamento para consulta de Cardiologia. Desde intervenção, sem mais sintomas.
RGE; Hérnia do hiato	2013 –	Diz sofrer de fortes dores abdominais, desde há cerca de 2 anos. Após Endoscopia Digestiva Alta, revelada presença de Hérnia do hiato e de Cardia incontinente. Atualmente, encontra-se medicada regularmente com Pantoprazol 20mg e com Domperidona, fármaco que a doente revela tomar esporadicamente, antes das refeições, quando se encontra “aflita do estômago” (sic).
Artrose e Osteoporose		Sente fortes dores ósseas, sobretudo nas articulações do ombro, joelho e coluna. Medicada apenas com Paracetamol, quando tem dores. Diagnosticada osteoporose, não sabendo, porém, precisar quando.
Ansiedade e Insónia	2013 -	Refere sentir-se ansiosa desde que foi diagnosticada doença psiquiátrica ao marido da sobrinha. Por vezes, angustiada e com insónia, estando medicada com Lorazepam, antes do deitar. Sente-se sozinha, mas a porteira do prédio “às

		vezes, faz companhia” (sic) e o almoço com a sobrinha é o “melhor momento do dia” (sic).
--	--	--

VISITA DOMICILIÁRIA

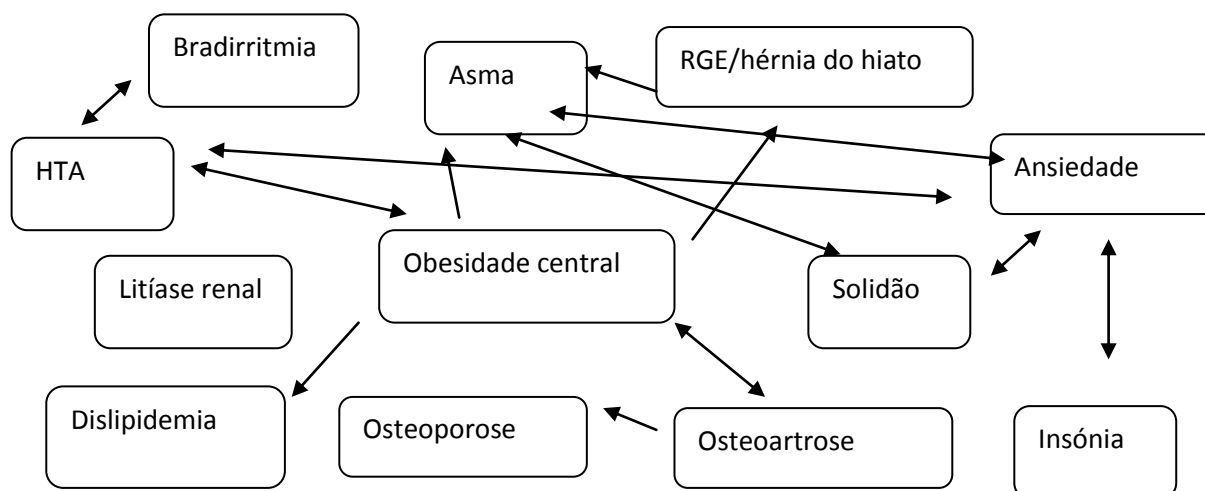
Fig. 2 Primeiro encontro com a doente.

S	<p>Consulta programada para exercício académico.</p> <p>Doente autónoma nas atividades de vida diárias. Vive só. Apoio da sobrinha, a pessoa de quem é mais próxima, e de vizinha.</p> <p>Verificou-se uma maior preocupação por parte da doente com a sua HTA.</p>
O	<p>Calma, sem queixas.</p> <p>TA: 150/82 mmHg</p> <p>FC: 60bpm</p> <p>IMC: 23</p> <p>Perímetro da cintura: 95cm</p>
A	<p>HTA dificilmente controlada; Asma; RGE; Bradirritmia; Dislipidemia; Ansiedade; Insónia.</p>
P	<p>Manter terapêutica e seguimento habitual</p>

Aproveitando o facto de se tratar de uma visita domiciliária, o ambiente e a própria habitação devem ser alvo de uma atenção especial. F.S. vive num 1º andar de prédio antigo, sem elevador, o que pode levantar problemas para os habitantes, maioritariamente idosos. A habitação é pequena, mas com boas condições. Existe saneamento e eletricidade, sendo 4 o número das suas divisões. Porém, um fator de risco para quedas é a presença de vários tapetes ao longo da casa.

Tendo como objetivos uma melhor compreensão da multimorbilidade nesta doente, bem como o estabelecimento de prioridades, procedeu-se à construção de um mapa de problemas (Fig.2).

Fig. 3. Mapa de Problemas ativos de F.S..



O mapa de problemas constitui uma representação que permite colocar lado a lado os diferentes problemas e eventuais relações que se possam estabelecer entre eles. (4) Torna-se, assim, mais fácil obter uma visão global do paciente e reduzir a complexidade de cada caso. Destacam-se algumas interações entre problemas:

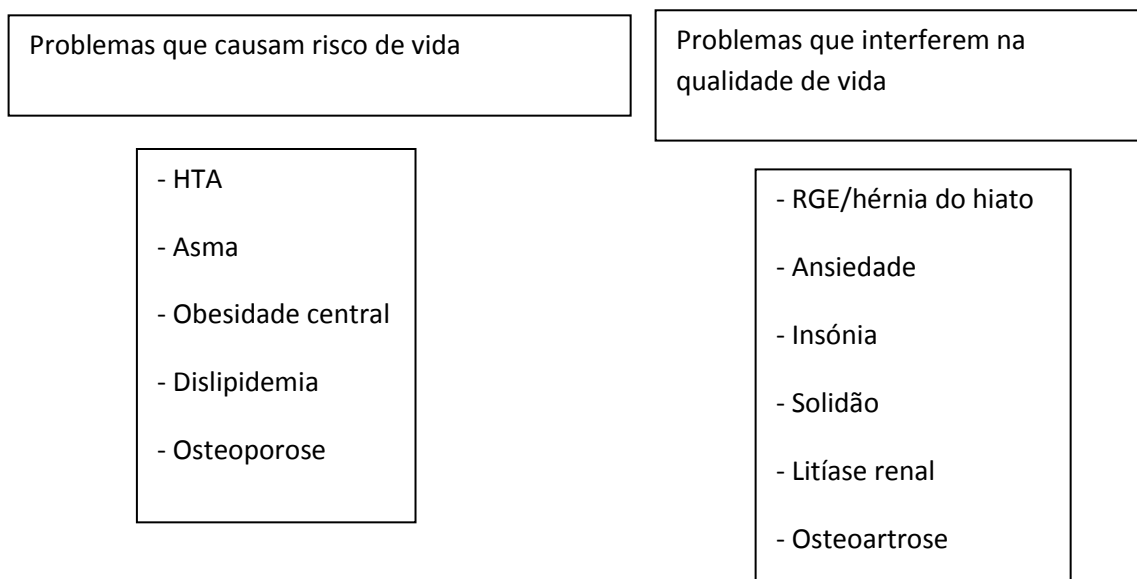
- A obesidade central está representada no centro, não por se tratar de um problema mais importante, mas sim pela relação que pode estabelecer com outros problemas. A obesidade central pode originar mais dores ósseas. Por outro lado, essas dores causam sedentarismo, podendo agravar a obesidade e a osteoporose. A obesidade central vai causar agravamento da HTA, do RGE, da asma, e está intimamente relacionada com dislipidemia.
- A asma poderá ser agravada por RGE, o qual poderá originar tosse e dispneia. Também estados de ansiedade poderão causar crises de asma, uma vez que poderão conduzir a polipneia e a dispneia progressiva.
- A HTA está associada a várias outras patologias. Neste caso, a ansiedade agrava e é agravada (TA de difícil controlo).
- A ansiedade e a solidão influenciam-se mutuamente. Quando F.S. está mais ansiosa, também fica mais sozinha. Por outro lado, a solidão causa-lhe ansiedade. O mesmo se passa com ansiedade e insónia.

Ao longo do tempo, o mapa está sujeito a modificações, com adição de novos problemas, podendo mesmo, em alguns casos, deixar de ser ativos e deixarem de fazer parte do esquema. O mapa pode ser simplesmente aperfeiçoado, isto é, o Médico de Família vai conhecendo o seu doente e pode ser possível ir identificando relações que à partida seriam dificilmente identificadas. (4) Por se tratar de um instrumento moroso, pode utilizar-se quando é necessário fazer um ponto de situação/resumo. Neste caso, permitiu ter uma visão global dos problemas de saúde nesta doente.

A abordagem deve ser sempre centrada no doente e o mapa permite construir um fluxograma, facilitador do raciocínio clínico e da definição de prioridades, sobretudo em casos como o da senhora F.S., em que existem muitas patologias. (5)

Assim, dividem-se os problemas ativos em problemas que causam risco de vida e em problemas que interferem na qualidade de vida.

Fig.4 Problemas ativos²



A HTA é o problema de concordância por ser uma prioridade médica e a principal preocupação da doente.

² Como problemas passivos destaca-se a Tuberculose. Por falta de relevância para a História Clínica, apenas é abordado este problema na Tabela 2. História de acordo com a lista de problemas.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA

A HTA é claramente a maior preocupação de F.S., em termos da sua própria saúde. Durante o encontro com a doente, esta revelou dificuldade de controlo, tendo sido medida a sua tensão arterial, através de um aparelho eletrónico, por sua própria iniciativa, antes de se proceder ao exame objetivo. Foi então obtido o valor de 150/82 mmHg.

Trata-se de uma HTA dificilmente controlada. F.S. está medicada com vários fármacos para a mesma patologia: Perindopril 4, Clortalidona 50. Também Nebivolol 5, um β -bloqueante cardioseletivo, deverá ser considerado, neste caso, um antihipertensor, uma vez que a arritmia ficou controlada depois da introdução do pacemaker.

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco cardiovascular, sendo o principal no caso do acidente vascular cerebral e um fator muito importante para patologia coronária, renal e ainda insuficiência cardíaca.(13)

De acordo com um estudo elaborado pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia, em Portugal, existe uma prevalência de HTA de 42.2%. Apesar de um conhecimento e controlo cada vez maiores, 57,4% dos doentes mantêm uma tensão arterial não controlada. (13)

Foram elaboradas normas orientadoras, pela Sociedade Europeia de Hipertensão e pela Sociedade Europeia de Cardiologia, sendo as mais recentes de 2013. Estas normas pretendem orientar os clínicos no sentido de se continuar a melhorar o controlo de hipertensão arterial. (13)

A medição, no momento, do contacto com a doente fazia prever uma categorização de Hipertensão como grau 1, mas a doente relata períodos de tensão arterial sistólica superior a 180 mmHg, sendo então categorizada como Hipertensão de grau 3.

Além disso, outros fatores de risco, como a idade superior a 65 anos, a dislipidemia, a obesidade central tornam o risco cardiovascular desta doente elevado.

Em indivíduos com mais de 80 anos e com PAS inicial ≥ 160 mmHg, recomenda-se reduzir a PAS para valores entre 150 e 140 mmHg (evidência IB). (13)

Todas as classes de agentes anti-hipertensivos têm as suas vantagens e desvantagens. A escolha da terapêutica relaciona-se com fatores dos doentes e dos clínicos. Relativamente aos doentes, antecedentes pessoais relevantes, comorbilidades, possíveis contra-indicações, reações adversas ou mesmo questões económicas influenciam a decisão. Relaciona-se também com o próprio médico, sabendo-se que os médicos tendem a proporcionar aos seus doentes medicamentos que conheçam e com os quais estejam habituados a lidar.

F.S. está medicada com Clortalidona 50, ½ comprimido ao pequeno-almoço. A ausência de efeitos adversos valorizáveis e indicação para insuficiência cardíaca permitem que os diuréticos continuem a ser medicamentos de primeira escolha. (13)

Os inibidores da enzima conversora da angiotensina (IECA) e os bloqueadores dos recetores da angiotensina (ARA) são dos antihipertensores mais utilizados. Como propriedades relevantes destacam-se a eficácia peculiar a reduzir a proteinúria. A redução da microalbuminúria e da proteinúria é um alvo terapêutico, por relatos de diminuição de eventos adversos renais e cardiovasculares. (16) No entanto, são apenas análises observacionais, sem evidências sólidas. F.S. está medicada com Perindopril 4, 1 comprimido ao jantar e, em caso de elevações tensionais, acima de 160/90 mmHg.

Os medicamentos anti-hipertensores contribuem de forma assinalável para a prevenção da insuficiência cardíaca, verificando-se esse benefício também em pessoas muito idosas. (17) Este benefício é mais claro com os diuréticos, IECA, ARA e beta-bloqueantes.

Nebivolol 5, 1/2 comprimido ao lanche, é o último fármaco indicado para F.S. Trata-se de um beta-bloqueante cardioseletivo, indicado para HTA e ICC, em idades superiores a 70 anos. Esta classe de fármacos está contra-indicada em casos de asma. (19) No entanto, na terapêutica de insuficiência cardíaca congestiva (doença não claramente diagnosticada, mas frequente em idosos) surge como primeira linha, juntamente com um diurético e um IECA. (22) Além disso, a asma da doente parece controlada, sem agravamentos relacionados com a toma do fármaco. Este exemplo parece retratar as dificuldades de gestão de multipatologia, em que é necessário adequar as indicações aos doentes com que se está a lidar.

Atualmente acredita-se que existam vantagens em iniciar-se a terapêutica com combinações, em vez de monoterapia: possível resposta mais rápida, num maior número de doentes; maior probabilidade de alcançar a tensão alvo em doentes com valores mais elevados; menor probabilidade de não adesão do doente, por serem evitadas muitas mudanças do tratamento. (18)

Uma meta-análise de mais de 40 estudos mostrou que a combinação de dois agentes de quaisquer duas classes de medicamentos anti-hipertensivos contribui para a redução da tensão arterial, muito mais do que o aumento da dose de um agente. (18)

Não foi possível determinar a medicação com que F.S. iniciou o tratamento da hipertensão arterial. Ao primeiro contacto com a doente, está medicada com vários fármacos (Perindopril 4, Clortalidona 50, Nebivolol 5), de classes distintas.

Em hipertensos idosos com PAS ≥ 160 mmHg, há evidência sólida para recomendar a redução da PAS para entre 150 e 140 mmHg; todos os agentes anti-hipertensores são recomendados e podem ser usados nos idosos. (evidência IA) (13)

Apesar de dislipidemia diagnosticada, F.S. não faz terapêutica para esta patologia.

De acordo com as guidelines, deve ser feito o tratamento hipolipemiante, de modo a reduzir a morbilidade e mortalidade cardiovascular, sobretudo nos indivíduos de maior risco. No entanto, nos indivíduos acima dos 80-85 anos, a evidência é muito limitada e deve ser o discernimento clínico a guiar as decisões terapêuticas. (6)

O Prospective Study of Pravastatin in the Elderly at Risk (PROSPER) é um estudo de 2002, que permitiu avaliar os idosos prospetivamente. Foram aleatorizados doentes entre os 70 e os 82 anos, que tinham uma história de fatores de risco para doença vascular em grupo pravastatina 40 mg/dia vs placebo. Após 3 anos, a pravastatina tinha diminuído os níveis de colesterol LDL em 34%, os TG em 13%, e o risco de mortalidade coronária, EAM não fatal e AVC, em 15%. No entanto, não reduziu a mortalidade global nem melhorou a disfunção cognitiva. Sabe-se que a farmacocinética e farmacodinâmica estão alteradas nos idosos. As interações das estatinas com outros fármacos são sempre motivo de preocupação, principalmente devido ao potencial aumento dos efeitos secundários associados às próprias estatinas, como a mialgia sem elevação da CK, miopatia com elevação da CK ou mesmo rabdomiólise. (6)

A própria F.S. revelou, além disso, não ter interesse em tomar mais medicamentos. A motivação do doente deve ser sempre tomada em consideração. (10)

A questão económica ou mesmo possibilidade de confusão com vários medicamentos poderiam fazer com que F.S. abdicasse de outro fármaco, que não a estatina.

A decisão de não fazer terapêutica para dislipidemia foi, assim, tomada em conjunto por parte do Médico de Família e de F.S..

F.S. está medicada com Salbutamol para a asma. Os β -agonista de curta ação estão indicados apenas se os sintomas são raros, sem despertares noturnos associados no último ano e com FEV1 normal. (20)

O Salbutamol tem indicação também para terapêutica no caso de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, no grupo de pacientes classificados como A. O surgimento da dispneia numa idade mais avançada (aproximadamente 60 anos) e a ausência de história de atopia, embora também não exista história de tabagismo, tornam esta patologia mais provável. (21)

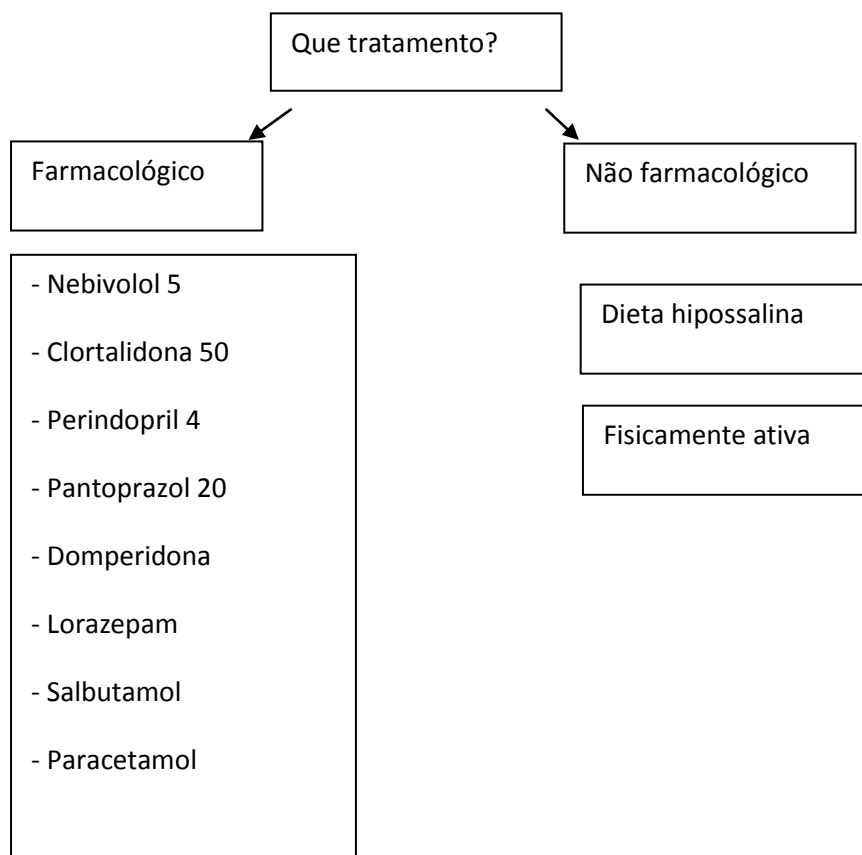
Independentemente do nome dado às raras crises de dispneia, F.S. encontra-se controlada, sem hospitalizações.

No sentido de aliviar as epigastralgias e o RGE, F.S está medicada com Pantoprazol ao pequeno-almoço. Por sensação de plenitude gástrica, relacionada com a hérnia do hiato, F.S. está medicada com Domperidona, ao almoço.

Para alívio de insónia e ansiedade, Lorazepam antes de deitar. O Paracetamol é utilizado em SOS, quando tem dores. Ambos estão associados a uma melhoria da qualidade de vida.

O tratamento não farmacológico passa pela recomendação de uma dieta equilibrada e hipossalina e ainda por permanecer o mais ativa possível.

Fig. 5. Tratamento farmacológico e não farmacológico



A prevenção deve constituir o último parâmetro presente no fluxograma.

O tratamento não farmacológico constitui uma forma de evitar fatores de risco ou causas de doença. É, assim, considerado uma forma de prevenção primária, a qual também é obtida por intermédio da vacinação. F.S. tem o Plano Nacional de Vacinação atualizado e toma ainda vacina da gripe, anualmente.

A prevenção secundária almeja o diagnóstico precoce e é obtida por uma vigilância apertada. Por exemplo, vigiar os valores de glicémia em análises de rotina de F.S. Na prevenção terciária pretende-se limitar a progressão da doença e evitar complicações: medir a tensão arterial é essencial e realizado em todas as consultas de F.S.. Por outro lado, nas análises de vigilância, os valores de função renal são regularmente avaliados (potencial nefropatia hipertensiva). Pretende-se, ainda, evitar a iatrogenia associada ao uso de medicamentos (prevenção quaternária), como, por exemplo, rabdomiólise associada ao uso de Estatinas, já abordado anteriormente.

O seguimento através de consultas recorrentes permite avaliação geral e prevenção de doença a vários níveis.

NOVO ENCONTRO COM A DOENTE

Neste novo momento com a doente, pretendia-se um encontro de agendas, uma concordância, constituindo parte do método clínico centrado no doente.

Confrontada com a questão da sua maior preocupação relacionada com a saúde, a resposta de F.S. é clara: é a HTA. Revela que a tensão arterial continua dificilmente controlada, com subidas descontroladas, sobretudo à noite.

Ainda durante a noite, revela agravamento da pirose, associada a tosse, que motivam desconforto e insónia.

Foi proposta a alteração de Nebivolol 5 por Lercanidipina 10, no sentido de aliviar a tosse. Os antagonistas dos canais de cálcio parecem proporcionar maior proteção do acidente vascular cerebral. (14) (15) Contudo a doente recordou palpitações sentidas com a Lercanidipina. Estas palpitações agravaram os sintomas de ansiedade, o que motivou a sua substituição por Nebivolol.

Por outro lado, foi feita a alteração do horário da toma de Domperidona. Uma vez que há agravamento dos sintomas de RGE à noite, F.S. passa a tomar este medicamento ao jantar.

Por agravamento de vários sintomas durante o período noturno, associados a ansiedade e receio de necessitar de ajuda, há agravamento da insónia. Para F.S., a noite é sinónimo de sofrimento. Foi receitado Loflazepato de etilo. Este fármaco pode ser tomado em SOS, no sentido de reduzir a ansiedade. Pensou-se que, aliviando a ansiedade que o período noturno causa a F.S., todos os restantes sintomas também pudessem ser aliviados. F.S. fica assim medicada com Lorazepam, diariamente, e Loflazepato de etilo, em SOS.

É reconhecido o efeito das benzodiazepinas na insónia, com resultados favoráveis em vários momentos de sono (início, duração), sendo terapêutica de eleição, juntamente com Terapia Comportamental. São vários os possíveis efeitos adversos: sedação,

delirium, ataxia, perda de memória recente, alterações de comportamento do sono (como sonambulismo). (23) Além disso, causa habituação, tolerância e dependência, o que se traduz em síndromes de privação aquando da interrupção do tratamento. O uso crónico destes fármacos, para além dos riscos de dependência, tem efeitos ao nível das capacidades psicomotoras, estando demonstrado que aumenta o risco de fraturas (19), a considerar sobretudo por F.S. ter osteoporose. Apesar dos possíveis efeitos secundários das benzodiazepinas, sabe-se que a insónia está associada a EAM, ICC, HTA, DM II e morte, além de fraca qualidade de vida. É, por isso, necessário ponderar o risco/benefício e está recomendada uma avaliação regular do uso de benzodiazepinas. (23)

Fig. 6. Encontro com a doente no Centro de Saúde

S	<p>Consulta programada para revisão e concordância terapêutica.</p> <p>Verificou-se uma maior preocupação por parte da doente com a sua HTA; Ansiedade e receio da solidão, sobretudo durante a noite.</p>
O	<p>TA: 120/80 mmHg FC: 60bpm; Ritmo regular Auscultação cardio-pulmonar: sem alterações.</p>
A	<p>HTA dificilmente controlada; Asma; RGE; Bradirritmia; Dislipidemia; Ansiedade; Insónia.</p>
P	<p>Revisão terapêutica: Passa a fazer Domperidona ao jantar; Adicionado Loflazepato de etilo. Enviada carta ao Cardiologista no sentido de consultar a sua opinião sobre a questão do Nebivolol. Programa-se consulta de reavaliação.</p>

No final do encontro, F.S. estava satisfeita por os seus principais sintomas terem sido o foco de todo o encontro e esperançada de que esta nova revisão terapêutica possa aumentar a sua qualidade de vida.

DISCUSSÃO

A alta prevalência de multimorbilidade constitui o principal argumento em defesa do método de consulta centrado no doente.

Os cuidados de saúde estão dirigidos ao tratamento de uma única doença. A resposta às necessidades dos doentes com multimorbilidade não pode ser dada pela soma das necessidades de doenças, individualmente. (8) Sem uma orientação correta, os seus problemas poderão não ser devidamente relacionados e poderão ocorrer situações de duplicação ou incompatibilidade farmacológica. Muitas vezes, estes doentes experienciam protocolos que não vão ao encontro das suas necessidades, apercebendo-se de informação inconsistente ou de falta de comunicação entre os clínicos. Tudo isso pode originar confusão nos próprios doentes e retirar-lhes confiança nos seus médicos.

É, assim, necessária uma coordenação dos cuidados, geralmente entregue ao Médico de Família de cada doente. (8)

Também a própria investigação exclui doentes com multimorbilidade. As guidelines continuam a ser produzidas, baseando-se em doenças únicas. Esta situação contribui para a excessiva medicação, com aumento do risco de efeitos secundários. (9) Apesar de as guidelines serem centradas numa doença, já existe uma tentativa de estimular uma medicina centrada no doente, ao incentivarem a discussão e a participação do doente na sua doença. (7) (12)

É cada vez mais reconhecida a necessidade de construção de guidelines de acordo com aquilo que é mais comum hoje em dia, a presença de várias patologias simultâneas. Nesse sentido, o National Institute for Health and Care Excellence (NICE) admite o lançamento de guidelines para abordar a multimorbilidade, em 2016. (12) Apesar de se esperar a obtenção de orientações, que até agora não existem, é provável que sejam muito genéricas, dada a escassez de investigação. Talvez só seja possível alcançar verdadeiras recomendações quando, na realização dos estudos, se recorrer efetivamente a pessoas com várias doenças. (7)

Por enquanto, a resposta à complexidade de cada caso de multimorbilidade passa pelo recurso a instrumentos de decisão. (5)

O mapa de problemas é um esquema a que os Médicos de Família recorrem no sentido de facilitar a compreensão da pessoa como um todo. No entanto, nem sempre este mapa pode ser realizado. A falta de tempo de consulta e de programação que facilite a realização deste e de outros esquemas pode impossibilitar a sua realização.

O fluxograma permite orientar o raciocínio do médico, no sentido de tomar as melhores decisões para o doente. (5)

É importante realçar o papel do médico generalista naquilo que se pode considerar uma “gestão de cuidados”. De realçar, no caso de F.S., as queixas apresentadas ao Médico de Família: palpitações, síncope. Foram interpretadas pelo mesmo, que orientou para a especialidade de Cardiologia. F.S. foi intervencionada e o seu Médico de Família foi informado da sua situação clínica e dos procedimentos a que foi submetida. A comunicação entre as várias especialidades é essencial. Após a intervenção adequada, F.S. regressou aos cuidados primários e à “vigilância” do seu “gestor dos cuidados”.

No encontro para concordância terapêutica foram reveladas, pela doente, as suas principais preocupações. A hipertensão arterial é claramente a patologia que mais ansiedade causa a F.S.. Revela preocupação ao longo de todo o dia com as variações de tensão arterial. Acrescentou receio de não ter ajuda, caso necessite, durante a noite. A solidão intranquiliza F.S., o que torna a noite um momento de evidência de vários sintomas de algumas das suas doenças. O agravamento de pirose e tosse provoca em F.S. insónias a ele associadas. Por estes motivos, foi discutida a hipótese de F.S. integrar uma instituição existente na sua área de residência, tendo ela ficado a pensar nessa possibilidade. Caso a resposta seja negativa, será de considerar futuramente um possível encontro com a sobrinha de F.S., no sentido de compreender melhor a relação entre ambas e, sendo fator estabilizador, de reforçar a mesma. Além disso, poderiam ser discutidos com a sobrinha motivos potenciadores de maior intranquilidade de F.S. durante o período noturno. Admitindo a sensação de insegurança, poderiam ser propostas medidas de reforço da segurança. Não sendo possível determinar as causas de ansiedade e insónia, poderia ser proposta uma Terapia Comportamental, dirigida a comportamentos e crenças, causadores de insónia. (23) Estas medidas, não sendo farmacológicas, poderiam contribuir para aumentar a qualidade de vida de F.S..

Comparando as preocupações de F.S. com as minhas, concluo que elas são coincidentes. Com efeito, este é, para mim, o verdadeiro papel do Médico de Família:

garantir o bem-estar do seu doente. A verdadeira preocupação é a “Doente” e não a “doença”.

Os médicos generalistas são cada vez mais importantes. Vive-se o tempo da multimorbilidade e, sem os médicos generalistas, os doentes teriam de consultar vários médicos diferentes, situação que contribuiria para uma fraca abordagem holística, fraca comunicação, com desperdício de tempo e de recursos. (8)

Para concluir, não posso deixar de referir que todo o processo de elaboração deste trabalho contribuiu para a minha formação em Medicina. Ficaram evidentes, para mim, ganhos formativos importantes, como: a consideração de aspetos médicos e sociais na abordagem da pessoa como um todo; a integração prática de conceitos como Método Clínico Centrado no Paciente e Registo Médico Orientado por problemas; o exercício de decisão clínica e gestão terapêutica numa área de complexidade como a multimorbilidade; treino da comunicação e estabelecimento de plataformas de entendimento e concordância terapêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1) Santos, M. I. P. dos. (2008). *Doente com Patologia Múltipla em Medicina Geral e Familiar: Comorbilidade de Quatro Doenças Crónicas*. Retrieved from <http://www.bial.com/imagem/PrêmioBial.pdf?phpMyAdmin=G1SfUh4,2G4DhK4psn ges,WGu99>
- 2) Ryan, A., Wallace, E., O'Hara, P., & Smith, S. M. (2015). Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. *Health and Quality of Life Outcomes*
- 3) Caeiro, R. T. (1991). Registos Clínicos em Medicina Familiar
- 4) Problemas, M. De, Ideias, M. De, Conhe-, M. De, & Conceitos, M. De. (2007). Lidar Com a Morbilidade Múltipla, 209–215.
- 5) Broeiro, P. (2001). Multipatologia - O Raciocínio Clínico e a Tomada de Decisão: aquisição da competência. *Rev Port Clin Geral*, 17, 307–26.
- 6) Reiner, Z., Catapano, A. L., De Backer, G., Graham, I., Taskinen, M.-R., Wiklund, O., ... Zamorano, J. L. (2011). ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). *European Heart Journal*, 32(14), 1769–1818. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/ehr158>
- 7) Haslam, D. (2015). “You’re an expert in me”: the role of the generalist doctor in the management of patients with multimorbidity. *Journal of Comorbidity*, 5(1), 132–134. <http://doi.org/10.15256/joc.2015.5.65>
- 8) Doessing, A., & Burau, V. (2015). Care coordination of multimorbidity: a scoping study. *Journal of Comorbidity*, 5(1), 15–28.
- 9) Sinnott, C., & Bradley, C. (2015). Multimorbidity or polypharmacy: two sides of the same coin? *Journal of Comorbidity*, 5(1), 29–31.
- 10) Young, C., Boyle, F., Brooker, K., & Mutch, A. (2015). Incorporating patient preferences in the management of multiple long-term conditions: is this a role for clinical practice guidelines? *Journal of Comorbidity*, 5(1), 122–131. <http://doi.org/10.15256/joc.2015.5.53>
- 11) Gervas, J., & Santos, I. (2007). C RÓNICAS EM MGF da comorbilidade. *Medicina*, 181–189.

- 12) Moffat, K., & Mercer, S. W. (2015). Challenges of managing people with multimorbidity in today ' s healthcare systems. *BMC Family Practice*, 15–17.
- 13) Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redón, J., Zanchetti, A., & Böhm, M. (2013). Guidelines de 2013 da ESH/ESC para o Tratamento da Hipertensão Arterial. *Journal of Hypertension*, 31, 1281–1357. <http://doi.org/10.1093/eurheartj/eh151>
- 14) Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009; 338:b1665.
- 15) Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration. Effects of different blood pressure-lowering regimens on major cardiovascular events in individuals with and without diabetes mellitus: results of prospectively designed overviews of randomized trials. *Arch Intern Med* 2005; 165:1410–1419.
- 16) Schmieder RE, Mann JF, Schumacher H, Gao P, Mancia G, Weber MA, et al. Changes in albuminuria predict mortality and morbidity in patients with vascular disease. *J Am Soc Nephrol* 2011; 22:1353–1364.
- 17) Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, Staessen JA, Liu L, Dumitrascu D, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; 358:1887–1898.
- 18) Wald DS, Law M, Morris JK, Bestwick JP, Wald NJ. Combination therapy vs. monotherapy in reducing blood pressure: meta-analysis on 11 000 participants from 42 trials. *Am J Med* 2009; 122:290–300.
- 19) www.infarmed.pt
- 20) Gina. (2012). Pocket Guide for Asthma Management and Prevention, 32.
- 21) GOLD. (2015). Global Initiative for Chronic Obstructive Lung.
- 22) McMurray, J. J. V., Adamopoulos, S., Anker, S. D., Auricchio, A., Böhm, M., Dickstein, K., ... Ponikowski, P. (2012). ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012: The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2012 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart. *European Heart Journal*,
- 23) Solomon, C. G., & Winkelman, J. W. (2015). Insomnia Disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(15), 1437–1444. <http://doi.org/10.1056/NEJMcp1412740>

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA:

- 24) Ventura, T. (2011). Depressão e comorbilidade: um caso clínico. *Rev. Port. Clínica Geral*, 27.
- 25) Familiar, M., Tudela, M., Lobo, F. A., & Shaw, R. S. (2008). O desafio da polipatologia crónica em Medicina Familiar.
- 26) Miranda, J. A. (2001). Comorbilidade.
- 27) Ceia, F. (2007). Interações medicamentosas na prática clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*.
- 28) Schwenk, T. L., & Santos, I. (2006). DEBATE O desafio da comorbilidade para os serviços de saúde, 191–194.
- 29) Sousa, J. C. De. (2005). A doença crónica e o desafio da comorbilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*
- 30) Botelho, M. (2007). Idade avançada—características biológicas e multimorbilidade. *Rev Port Clin Geral*,
- 31) Ceia, F. (2007). Interações medicamentosas na prática clínica. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*
- 32) Broeiro, P. (2015). Multimorbilidade e comorbilidade: duas perspectivas da mesma realidade
- 33) Broeiro, P., Maio, I., & Ramos, V. (2008). Polifarmacoterapia: estratégias de racionalização. *Rev Port Clin Geral*, 24, 625–631.

ANEXOS

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, dou o meu consentimento para que estas informações sobre a minha pessoa sejam utilizadas no Trabalho Final de Mestrado da aluna do 6ºano, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Ana Teresa Freire de Melo.

Compreendo o seguinte:

1. As informações serão divulgadas sem o meu nome anexado e tudo será feito para assegurar o meu anonimato. Compreendo, no entanto, que o anonimato completo não pode ser garantido. É possível que alguém, em algum lugar, me possa identificar.
2. O texto do artigo será revisto a nível de redação, gramática, coerência e extensão.
3. As informações serão divulgadas no Trabalho final de Mestrado, o qual será apresentado a médicos, principalmente, mas também podem ser vistas por pessoas leigas.
4. As informações também podem ser usadas, por completo ou em parte, em Congressos ou outros eventos da especialidade.
5. Poderei revogar o meu consentimento a qualquer momento antes da publicação, mas, uma vez que as informações tenham sido comprometidas para a publicação, deixará de ser possível revogar o consentimento.

Local:

Data: //

Assinatura: _____